Judeţul ....................

Localitatea .........................

Unitatea medicală ...................................

Telefon ......................., e-mail ............................

**CERTIFICAT MEDICAL - MEDICINA MUNCII**

în vederea înscrierii la concurs pentru ocuparea unui post didactic sau didactic auxiliar în învăţământul superior

Nr. .............. data .......................

Se certifică faptul că ..................................................................................., CNP .............................................., este

(numele şi prenumele)

APT [ ]

INAPT [ ]

pentru înscrierea la concurs.

Semnătură

..............................

(medic specialist de medicina muncii)

Judeţul .................

Localitatea .....................

Unitatea medicală ...........................

Telefon ......................, e-mail ............................

**AVIZ - PSIHIATRIE**

în vederea înscrierii la concurs pentru ocuparea unui post didactic sau didactic auxiliar în învăţământul superior

Nr. ............... data ...................

Se certifică faptul că .........................................................................................................,

(numele şi prenumele)

CNP ........................................................,

prezintă [ ]/nu prezintă [ ] afecţiuni neuropsihice prevăzute în baremul medical cu afecţiunile care constituie contraindicaţii pentru exercitarea funcţiei de cadru didactic sau didactic auxiliar din învăţământul superior (anexa nr. 4 la Ordinul ministrului educaţiei şi al ministrului sănătăţii nr. 4.060/1.502/2024).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Afecțiuni neuropsihice | DA\* | NU\* |
| Tulburări psihice organice |  |  |
| Tulburări psihice şi de comportament induse de consumul de alcool şi substanţe psihoactive |  |  |
| Schizofrenie, tulburări schizoafective şi delirante |  |  |
| Tulburări afective bipolare |  |  |
| Tulburări depresive – forme severe |  |  |
| Tulburări fobic-anxioase - forme severe |  |  |
| Tulburări obsesiv-compulsive -forme severe |  |  |
| Tulburări disociative |  |  |
| Tulburări de personalitate |  |  |

\* Se completează obligatoriu.

Semnătură,

…....................................

(medic specialist psihiatrie)